



**Рис.2.** Двухядерные «целующиеся ядра» в мазке из шейки матки при папилломавирусной инфекции (традиционный мазок) (а) и койлоциты при жидкостной цитологии (окрашивание по методу Романовского-Гимза), x400 (б)

пени при традиционном методе установлена в 10 случаях (28,5%), из них в 2 (5,7%) были обнаружены косвенные признаки вирусной инфекции. Методом ЖЦ LSIL выявлен в 11 случаях (31,4%), из них CIN 1 – 7 (20%), CIN 1 с койлоцитами – 3 (8,6) и присутствие только койлоцитов с реактивными изменениями – 1 случай (2,8%) (рис.2). У 2 женщин (5,7%) ТМ выявлена дисплазия 2-й степени, а методом ЖЦ HSIL был распознан в 1 случае – 2,8% от общего числа обследуемых женщин.

Использование ко-тестирования подтвердило ВПЧ-носительство у 3 женщин с диагнозом LSIL, из них у 1 подтверждено наличие ВПЧ 16, 39 типа, у 1 выявлен ВПЧ 6 типа и у 1 женщины – ВПЧ 68, 39 типа. С диагнозом NILM у 1 женщины был выявлен ВПЧ 16 и 51 типа. 3 отрицательных случая, выявленных при диагнозе LSIL, говорят о начале вирусного поражения или иных причинах возникновения дисплазии.

Таким образом, диагностическая ценность метода жидкостной цитологии в диагностике патологии шейки матки в целом выше по сравнению с традиционным методом. Метод ЖЦ является более информативным и может использоваться как самостоятельный

скрининговый метод выявления заболеваний шейки матки. Дополненный молекулярным методом выявления вируса (ВПЧ-тестирование) метод жидкостной цитологии позволит своевременно выявлять начальные, предраковые стадии и проводить специфическое лечение.

*Статья выполнена в рамках НИР «Эпидемиологические аспекты злокачественных опухолей в условиях Крайнего Севера, разработка современных методов ранней диагностики, профилактики с использованием высокоинформативных фундаментальных методов исследования (М06;01;01)» (№ 0556-2014-0006).*

### Литература

1. Казаишвили Т.Н. Ранняя диагностика рака шейки матки методом жидкостной цитологии / Т.Н. Казаишвили // Исследования и практика в медицине: тез. I Национального конгресса «Онкология репродуктивных органов от профилактики и раннего выявления к эффективному лечению». – М.: КВАЗАР, 2016. – С.80-81.  
<https://cyberleninka.ru/article/v/rannaya-diagnostika-raka-sheyki-matki-metodom-zhidkostnoy-tsitologii-1>
2. Kazaishvili T.N. Early diagnosis of cervical cancer by liquid-based cytology / T.N. Kazaishvili // Research and Practical Medicine: Abstracts of the I National Congress «Genital oncology –

from prevention and early detection to effective treatment. – М.: КВАЗАР, 2016. – P. 80-81.

2. Коган Е.А. Мониторинг больных, перенесших операцию конизации шейки матки по поводу цервикальной интраэпителиальной неоплазии (клинико-морфологические и молекулярно-биологические аспекты проблемы) / Е.А. Коган, Н.М. Файзуллина, А.Х. Исраилова // Акушерство и гинекология. – 2012. – №1. – С.70-74.  
<https://aig-journal.ru/articles/Monitoring-bolnyh-perenesshih-operacii-konizacii-sheiki-matki-po-povodu-cervikalnoi-intraepitelialnoi-neoplazii-kliniko-morfologicheskie-i-molekulyarn.html>

Kogan E.A. Monitoring of patients underwent conization of the cervix uteri for cervical intraepithelial neoplasia: clinical, morphological and molecular biological aspects / E.A. Kogan, N.M. Faizulina, A.Kh. Israilova // Obstetrics and Gynecology. – 2012. – №1. – P.70-74.

3. Мочалова М.Н. Современные аспекты диагностики цервикальной неоплазии / М.Н. Мочалова // Забайкальский медицинский вестник. – 2014. – №2 (25). – С.134-143.

<http://zabmedvestnik.ru/journal/2014/2/25.pdf>  
Mochalova M.N. Modern aspects of cervical neoplasia diagnosis / M.N. Mochalova // Transbaikalian Medical Journal. – 2014. – №2 (25). – P.134-143.

4. Новик В.И. Факторы эффективности цитологического скрининга рака шейки матки / В.И. Новик // Практическая онкология. – 2010. – Т.11, №2. – С.66-71.

<http://practical-oncology.ru/assets/articles/203.pdf>

Novik V.I. The efficiency factors of cytological screening of cervical cancer / V.I. Novik // Practical Oncology. – 2010. – V.11. – №2. – P.66-71.

5. Anttila A. Rate of cervical cancer, severe intraepithelial neoplasia, and adenocarcinoma in situ in primary HPV DNA screening with cytology triage randomised study within organised screening programme/ A.Anttila, L.Kotaniemi-Talonen, M. Leinonen [et al.] // BMJ. – 2010. – Vol. 340. – P. 1804.  
<https://www.bmj.com/content/340/bmj.c1804>

6. Cobb C.J. Suggested approaches to reporting benign cervical smears that lack endocervical columnar cells /C.J. Cobb // ActaCytol. – 1986. – Vol.30. – P.317-318.

7. Ronco G. Efficacy of human papillomavirus testing for the detection of invasive cervical cancers and cervical intraepithelial neoplasia: a randomised controlled trial /G.Ronco,P. Giorgi-Rossi, F. Carozzi [et al.] // Lancet Oncol. – 2010. – Vol. 11, N 3. – P. 249-257.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20089449>

## М.С. Карасёв, И.А. Стадникова, М.Б. Куцый ОПТИМИЗАЦИЯ АУТОПЛАЗМОДОНОРСТВА У БЕРЕМЕННЫХ

В статье отражен опыт заготовки аутоплазмы у беременных женщин, угрожаемых по массивному кровотечению, в период с 2016 по 2018 г. Представлен анализ статистики массивных кровопотерь соответственно диагнозу. Согласно анализу были выделены патологии беременности, при которых есть наибольший риск развития массивной кровопотери, и оптимизирован подход к аутоплазмодонорству у этих групп беременных.

**Ключевые слова:** аутоплазмодонорство, массивная кровопотеря, акушерство.

The article reflects the experience of autoplasmadonation in pregnant women with threat of by massive bleeding in the period from 2016 to 2018. Analysis of the statistics of massive bleeding according to the diagnosis is presented. According to the analysis pathologies of pregnancy, related with the greatest risk of massive bleeding were identified. We also optimized the management of autoplasmadonation in these groups of pregnant women.

**Keywords:** autoplasmadonation, massive bleeding, obstetrics.

DOI 10.25789/УМЖ.2019.65.12

УДК 615.382: 618.5-08

КГБУЗ «Перинатальный центр», г. Хабаровск: **КАРАСЁВ Михаил Сергеевич** – врач анестезиолог-реаниматолог ФГБОУ ВО ДВГМУ Минздрава РФ Хабаровского края, fishop@mail.ru, **СТАДНИКОВА Ирина Андреевна** – врач трансфузиолог, rinastar06@mail.ru, **КУЦЫЙ Михаил Борисович** – к.м.н., доцент, зав. отд., mkutsyy@gmail.com.

**Введение.** Массивная кровопотеря (более 30% объема циркулирующей крови) остается наиболее частой причиной материнской смертности в мире [1, 6, 7].

При развитии массивной кровопотери неотъемлемой частью лечения данной патологии является трансфузионная терапия, которая сопряжена с рядом иммунных и неиммунных реакций и осложнений [4].

Избежать реакций и осложнений во время трансфузионной терапии при массивных кровопотерях можно за счет кровосберегающих технологий. Одним из методов данных технологий является аутоплазмодонорство, заключающееся в заготовке собственной плазмы индивидуума, предназначенной исключительно для последующей аутологичной трансфузии. Преимуществами переливания аутоплазмы являются: отсутствие риска посттрансфузионных реакций и осложнений, передачи гемотрансмиссивных инфекций, отсутствие опасности аллоиммунизации [2, 5].

Оптимизация аутоплазмодонорства у беременных является неотъемлемой частью успешного лечения массивных кровопотерь в акушерстве.

**Цель исследования:** оптимизация аутоплазмодонорства в акушерстве,

снижение количества реакций и осложнений при проведении трансфузионной терапии при лечении массивной кровопотери в акушерстве.

**Материалы и методы исследования.** В период с 2016 по 2018 г. в КГБУЗ «Перинатальный центр» Хабаровского края была проведена заготовка аутоплазмы у 216 пациенток с различными диагнозами: 2016 – 119 пациенток, 2017 – 63 пациентки, 2018 (10 мес.) – 34. Подробный список представлен в таблице.

Заготовка аутоплазмы проводилась на сроке 32-37 нед. беременности у пациенток, угрожаемых по массивному кровотечению (список пациенток, угрожаемых по массивному кровотечению, представлен в протоколе «Профилактика, лечение и алгоритм ведения при акушерских кровотечениях» [6]). Заготовка аутоплазмы производилась методом аппаратного плазмафереза в условиях отделения экстракорпоральных методов гемокоррекции. Одна заготовка составляла 400-600 мл, в зависимости от веса пациентки и переносимости самой процедуры (гемодинамические реакции на забор плазмы крови).

Комплекс обследования перед процедурой включал: обследование на ВИЧ-1/ВИЧ-2, RW, гепатиты В и С;

гемостазиограмма; группа крови, Rh-фактор; клинический анализ крови; общий белок крови, АЛТ, АСТ.

Также все пациентки прошли анкетирование по поводу отношения к аутоплазмодонорству и аутореинфузии эритроцитов.

После аппаратного плазмафереза всем пациенткам осуществлялось замещение потерянной плазмы крови кристаллоидными растворами в соотношении 1:1,5.

**Результаты и обсуждение.** В ходе анализа полученных данных выявлено, что из 216 пациенток, которым была заготовлена аутоплазма, массивная кровопотеря наблюдалась у 15 пациенток, патологическая кровопотеря (более 1000 мл, но менее 30% объема циркулирующей крови) – у 18. Необходимо отметить, что всем пациенткам при этом была выполнена операция кесарево сечение, при самостоятельных родах значимой кровопотери не наблюдалось.

Анализ диагнозов пациенток с массивной кровопотерей показал, что все случаи укладывались в два диагноза: вращение плаценты – 11 (2016 г. – 3, 2017 – 4, 2018 – 4) и полный вариант предлежания плаценты – 4 (2016 г. – 2, 2017 – 0, 2018 – 2). У пациенток с патологической кровопотерей все кровопотери укладывались в один диагноз: полный вариант предлежания плаценты – 18 (2016 г. – 7, 2017 – 6, 2018 – 5).

Также выявлено, что средний уровень фибриногена у пациенток, которым проводилось аутоплазмодонорство, составил 3,23 г/л (2,7 – 5,6).

Из 216 случаев аутоплазма была утилизирована по невостребованности в 39% случаев (2016 г. – 26, 2017 – 12, 2018 – 1 (таблица)).

**Заключение.** По результатам анализа полученных данных нам удалось сделать следующие заключения:

1. Согласно Европейскому протоколу по ведению массивной кровопотери [8] эффективной стартовой дозой свежезамороженной плазмы при лечении массивной кровопотери является 10-15 мл/кг массы тела. Но указанная доза должна удваиваться при развитии коагулопатии при массивном кровотечении. Таким образом, заготовка аутоплазмы у беременных высокой группы риска должна осуществляться в дозах 10-15 мл/кг, но в случае с пациентками, у которых риск массивной кровопотери в настоящее время составляет 100% (вращение плаценты), считаем целесообразным удвоение дозы заготовки аутоплазмы при отсутствии противопоказаний.

**Частота заготовки и утилизации аутоплазмы по невостребованности в зависимости от диагноза, n (%)**

Диагноз	2016		2017		2018	
	заготовлено	утилизировано	заготовлено	утилизировано	заготовлено	утилизировано
Вращение плаценты	3	0	3	0	4	0
Полный вариант предлежания плаценты	13 (100)	2 (15,4)	17 (100)	1 (5,88)	17	0
Краевой вариант предлежания плаценты	18 (100)	5 (27,7)	3 (100)	2 (66,6)	4	0
Тройня	1	0	0	0	1	0
Двойня	6 (100)	1 (16,6)	3 (100)	1 (33,3)	1	0
Несостоятельный рубец после 1-й ОКС	22 (100)	3 (13,6)	14 (100)	2 (14,3)	0	0
Несостоятельный рубец после 2-й ОКС	34 (100)	5 (14,7)	13 (100)	2 (15,3)	3	0
Несостоятельный рубец после 3-й ОКС	8 (100)	2 (25)	6 (100)	2 (33,3)	2	0
Несостоятельный рубец после 4-й ОКС	2 (100)	2 (100)	0	0	0	0
Миома матки	7 (100)	3 (42,8)	0	0	1	0
Гипотоническое кровотечение в анамнезе	0	0	1	0	0	0
Крупный плод	0	0	2 (100)	1 (50)	0	0
Болезнь Менъера	0	0	1 (100)	1 (100)	0	0
Подковообразная почка	1	0	0	0	0	0
Гестационная артериальная гипертензия. Остеохондроз поясничного отдела	1	0	0	0	0	0
Отягощенный акушерско – гинекологический анамнез	2 (100)	2 (100)	0	0	0	0
Подозрение на ПВПП	1 (100)	1 (100)	0	0	1 (100)	1 (100%)
Всего	119 (100)	26 (21,84)	63 (100)	12 (19)	34 (100)	1 (2,94%)

2. Средний уровень фибриногена в аутоплазме составил 3,23. Ввиду того, что рутинно данный показатель не измеряется на станциях переливания крови, невозможно сказать, в каких случаях уровень фибриногена в донорской свежезамороженной плазме достигает уровня нормальных значений, а в особенности того уровня, который наблюдается у женщин в 3-м триместре беременности. Этот факт свидетельствует о высокой эффективности аутоплазмы, потому что средний уровень фибриногена в аутоплазме однозначно выше средних нормальных значений и никогда не приближается к нижней границе нормы.

3. По нашим данным, массивная кровопотеря отмечалась у пациенток с вращением плаценты (100% случаев) и полным вариантом предлежания плаценты (8,3% случаев), патологическая кровопотеря – только у пациенток с полным вариантом предлежания плаценты (37,5%). В остальных случаях кровопотеря была незначительной и не требовала проведения заместительной трансфузии аутоплазмы, в результате чего плазма утилизировалась.

На основании вышеизложенного мы считаем, что заготовка аутоплазмы целесообразна у пациенток с такими диагнозами, как: вращение плаценты и полный вариант предлежания плаценты. При этом, согласно подсчитанной ранее статистике в Перинатальном цен-

тре г. Хабаровска, у 27 пациенток, прооперированных в период с 2016 по 2018 г. (6 мес.) с вращением плаценты, массивная кровопотеря отмечалась в 100% случаев [3]. Этот факт подтверждает, что при подготовке данных пациенток к операции кесарево сечение, аутоплазмодонорство является неотъемлемой частью. В остальных случаях заготовка аутоплазмы нецелесообразна.

В процессе работы, используя вышеизложенную гипотезу, мы с каждым годом уменьшали количество аутоплазмодонорства у пациенток без диагнозов вращение плаценты и полный вариант предлежания плаценты, что позволило значительно снизить количество утилизации аутоплазмы по невостребованности.

### Литература

1. Анестезия и интенсивная терапия массивной кровопотери в акушерстве. Клинические рекомендации (Протокол) / Е.М. Шифман, А.В. Куликов [и др.] // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. 2018. Т. 17. №3. – С. 81-100.

Anesthesia and intensive care for massive bleeding in obstetrics. Clinical recommendations (Protocol) / E.M. Shifman, A.V. Kulikov [et al.] // Questions of gynecology, obstetrics and perinatology. 2018. T. 17. № 3. p. 81-100.

2. Кровесберегающие технологии в акушерской практике. Клинические рекомендации (Протокол) / Л.В. Адамян, В.Н. Серов [и др.]. – М., 2014.

Blood saving technologies in obstetric practice.

Clinical guidelines (Protocol) / L.V. Adamyan, V.N. Serov [et al.]. – М., 2014.

3. Опыт внедрения европейского протокола массивной кровопотери при оперативном родоразрешении у женщин с вращением плаценты / М.Б. Куцый, М.С. Карасёв [и др.] // Якутский медицинский журнал. – 2018. – № 3 (63). – С. 105-107.

The experience of integration of the European guidelines on management of major bleeding during operative delivery among women with placenta percreta / M.B. Kutcyi, M.S. Karasev [et al.] // Yakut Medical Journal. – 2018. – №3 (63). – p.105-107.

4. Приказ от 2 апреля 2013 г. № 183н «Об утверждении правил клинического использования донорской крови и (или) ее компонентов».

Order No. 183n from April 2nd, 2013 «About approval of the rules for the clinical use of donated blood and (or) its components».

5. Приказ от 25 ноября 2002 г. № 363 «Об утверждении инструкции по применению компонентов крови».

Order No. 363 from November 25th, 2002 «About approval of instructions for usage of blood components».

6. Профилактика, лечение и алгоритм ведения при акушерских кровотечениях. Клинические рекомендации (Протокол) / Л.В. Адамян, В.Н. Серов [и др.]. – М., 2014. – 25 с.

Prevention, treatment and patient management with obstetric bleeding. Clinical guidelines (Protocol) / L.V. Adamyan, V.N. Serov [et al.]. – М., 2014. – 25 p.

7. Global Causes of Maternal Death: A WHO Systematic Analysis / L. Say [et al.] // Lancet Global Health. 2014;2(6): e323-e333.

8. The European guideline on management of major bleeding and coagulo-pathy following trauma: fourth edition / R. Rossaint, B. Bouillon [et al.]. – Critical Care (2016) 20:100.

Б.М. Гасанова, М.Л. Полина, Н.И. Дуглас

## РАЦИОНАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ТИПОВ ХРОНИЧЕСКОГО ЭНДОМЕТРИТА ПОСЛЕ ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С ХРОНИЧЕСКИМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ И АНЕМИЕЙ

DOI 10.25789/УМЖ.2019.65.13

УДК 618.14-002.2

В статье показана различная эффективность методов оценки состояния эндометрия у женщин с прерыванием беременности на фоне хронического пиелонефрита и анемии, их взаимодополняемость в рамках выделения типов хронического эндометрита (ХЭ) – доказанной причины репродуктивных потерь на ранних сроках. Очевидна взаимосвязь между отсутствием прегравидарной подготовки на фоне хронических экстрагенитальных заболеваний и высокой частотой ХЭ, диагностика и лечение которого на догестационном этапе представляется оптимальной тактикой профилактики различной степени нарушений «фетально-эндометриального» взаимодействия.

**Ключевые слова:** гипопластический и гиперпластический типы хронического эндометрита, гистероскопия, патоморфология эндометрия, экстрагенитальные заболевания.

**ГАСАНОВА Бахтыкей Мусалавовна** – к.м.н., ассистент кафедры Дагестанской ГМА, bchm75@mail.ru; **ПОЛИНА Мирослава Леонидовна** – к.м.н., врач гинеколог Медицинского центра женского здоровья, polina.ml@mail.ru; **ДУГЛАС Наталья Ивановна** – д.м.н., зав. кафедрой Медицинского института СВФУ им. М.К. Аммосова, nduglas@yandex.ru.

The article describes different effectiveness of endometrial evaluation methods among women with pregnancy termination on the background of chronic pyelonephritis and anemia, their coMPlementarity in the allocation of chronic endometritis types – a proven cause of early reproductive losses. Clear connection is obvious between the lack of pregravid preparation on the background of chronic extra-genital diseases and high CE frequency, the diagnosis and the treatment of which at the pre-grading stage seem to be the best tactics for the prevention of various degrees of the «fetal-endometrial» interaction disorders.

**Keywords:** hypoplastic and hyperplastic types of chronic endometritis, hysteroscopy, endometrial pathomorphology, extra-genital diseases.